

КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ СОЧЕТАННЫХ ПОВРЕЖДЕНИЙ НЕРВОВ ВЕРХНЕЙ КОНЕЧНОСТИ

Дейкало В.П., Сухарев А.А.

*УО «Витебский государственный ордена Дружбы народов
медицинский университет»*

Введение. Реконструктивная хирургия сочетанных повреждений периферических нервов остается актуальной проблемой травматологии[1,3,4]. Среди травм опорно-двигательного аппарата 70% составляют травмы верхней конечности[2]. В большинстве случаев травма периферических нервов вследствие специфики анатомо-топографических взаимоотношений редко бывает изолированной[1,2,9]. Как правило, она сопровождается повреждением сосудов, костных и мягкотканых структур. Последствия сочетанных повреждений нервных стволов, магистральных сосудов и сухожилий чрезвычайно тяжело отражаются на функции верхней конечности[3,4,5,6,7]. Реабилитация длится многие месяцы и годы, ввиду медленной регенерации нервов, часто обрекая больных на инвалидность. Несмотря на определенные успехи, достигнутые в лечении этих повреждений, они не имеют тенденции к снижению[3].

Целью данного исследования явился выбор оптимальных методов лечения и восстановления трудоспособности, больных с сочетанными повреждениями периферических нервов.

Материал и методы. Проведен анализ лечения 110 больных. Мужчин было 107 (97,3%), женщин - 3 (2,7%). Средний возраст - 30,6 \pm 13,8, при этом 81% больных в наиболее трудоспособном возрасте (от 16 до 40 лет). У 45 (40,9%) больных были свежие, у 65 (59,1%) - застарелые повреждениями нервов верхней конечности. Преобладала бытовая травма (77,3%). Характер повреждений распределялся следующим образом: изолированное повреждение периферических нервов - 35 (31,8%), сочетанное повреждение нервов и сухожилий- 18 (16,4%), сочетанное повреждение нервов, сухожилий и артерий - 22 (20%), сочетанное повреждение нервов, сухожилий, артерий и костей - 35 (31,8%). По локализации травмы различалась: плечо - 2 (1,8%), предплечье 53 (48,2%), кисть 55 (50%).

У 90% больных, поступивших с застарелыми повреждениями периферических нервов, восстановление поврежденных структур на предыдущих этапах оказания медицинской помощи не проводилось, у 80% из них повреждение нервов не было распознано, а производилось только ушивание раны без ее ревизии.

При поступлении больных с сочетанными повреждениями во избежание ошибок в диагностике проводили клинико-неврологическое обследование, дополнявшееся рентгенографией и функциональными методами исследования. Для объективизации повреждения нервных стволов и определения степени нарушения их проводимости использовали классическую электродиагностику, у больных с застарелыми повреждениями для определения локального кровотока применяли ультразвуковую доплерографию.

Результаты и обсуждения. В тактику лечения положен принцип одномоментности как первичных восстановительных, так и поздних реконструктивных операций с обязательным использованием операционного микроскопа, микрохирургического инструментария[1,8].

Оперативное лечение повреждений нервов при свежих травмах в большинстве случаев включало в себя первичный эпинеуральный шов. При застарелых повреждениях производился невролиз с выделением и мобилизацией концов нервов с иссечением концевых нервов[8]. При диастазе между концами нервов 4см и выше, и невозможности его устранения у 15% больных выполнена аутоневральная пластика. В качестве трансплантата использовался *n.suralis*.

Одномоментно с вмешательством на нервных стволах у 15 (13,6%) больных осуществлялся тенолиз, у 48 (43,6%) шов поврежденных сухожилий, у 12 (11%) больных произведена двухэтапная сухожильная пластика. Все операции на сухожилиях выполнены с обязательным применением микрохирургической техники.

Необходимым условием всех реконструктивно-восстановительных операций являлось восстановление магистрального кровотока, при первичных операциях преобладал шов артерии, а при поздних реконструктивных операциях аутоинозная пластика артерий.

У больных с переломами костей предплечья в 70% случаев выполнялся внеочаговый остеосинтез аппаратами внешней фиксации, интрамедуллярный и кортикальный остеосинтез пластинами в 30%. При переломах костей кисти применялся остеосинтез спицами и остеосинтез аппаратами внешней фиксации.

В послеоперационном периоде для каждого больного разрабатывалась индивидуальная программа медицинской реабилитации[3,4]. Всем больным, находящимся на стационарном лечении, проводилась магнитно-лазерная терапия. Пациентам с повреждением сосудисто-нервного пучка проводилась вазоактивная терапия, ГБО, для восстановления функции поврежденных нервных стволов применялись антихолинэстеразные препараты.

Отдаленные исследования проводили в сроки от 6 месяцев до 8 лет по следующим критериям: объем активных движений в градусах, степень восстановления чувствительности и трудоспособности[3,4].

Выводы. Микрохирургическая реконструкция и восстановление нервов и сухожилий у больных с сопутствующим нарушением магистрального кровотока является высокоэффективным методом хирургического лечения данной категории пациентов. Своевременно проведенное комплексное лечение больных с сочетанными повреждениями конечностей, рациональное использование хирургических приемов и консервативных средств, способствуют восстановлению функции поврежденных конечностей, возвращению трудоспособности в более ранние сроки. Мы отмечаем благоприятные исходы в 86,4% случаев.

Литература:

- 1 Белоусов А.Е. Пластическая реконструктивная и эстетическая хирургия. – Санкт-Петербург, 1998. – 744 с.
2. Волкова А.М. Хирургия кисти. – Том 1 – Екатеринбург, 1991. – 304 с.
3. Дейкало В.П. Клинико-статистические аспекты и медицинская реабилитация повреждений кисти, - Витебск, 2003. - 125с.
- 4 Дейкало В.П. Технология медицинской реабилитации контингента с повреждениями нервов предплечья и кисти // Медико - социальная экспертиза и реабилитация. Вып. 3 (Часть I): Сб. науч. статей. - Мн., 2001. С. 72-75
- 5 Демичев Н. Повреждения нервов кисти и пальцев: хирургические и биологические проблемы// Анналы травматологии и ортопедии. -1997. -№ 2. -С 20-22.
6. Матев И., Банков С. Реабилитация при повреждениях руки - София Медицина и физкультура, 1981. -256 с.
- 7 Christone B. Novak. Evaluation of the nerve-injured patient. // Clinics in Plastic Surgery 30 (2003) 127– 138
- 8 Linda Dvali, Susan Mackinnon. Nerve repair, grafting, and nerve transfers // Clinics in Plastic Surgery 30 (2003) 203– 221
9. Sergio P. Maggi, James B. Lowe III, Susan E. Mackinnon Pathophysiology of nerve injury // Clinics in Plastic Surgery 30 (2003) 109– 126